



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA



NÚCLEO DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE  
MENTAL NA ATENÇÃO AOS INDIVÍDUOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

**Daniela Cristina Gonçalves Aidar**

**PORTO VELHO-RO  
2014**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE  
MENTAL NA ATENÇÃO AOS INDIVÍDUOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

**Por:**

**Daniela Cristina Gonçalves Aida**

Artigo apresentado ao Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, área de concentração Gestão em Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Fabio Biasotto Feitosa.

PORTO VELHO-RO  
2014

**Ficha Catalográfica - Elaborada por: Carolina Cavalcante  
Bibliotecária CRB 5/1579**

A248 Aidar, Daniela Cristina Gonçalves.

O agente comunitário de saúde: percepções e ações de saúde mental na atenção aos indivíduos em sofrimento psíquico / Daniela Cristina Gonçalves Aidar. – Porto Velho, 2014.

30f. ; 30 cm.

Orientador: Dr. Fabio Biasotto Feitosa

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Gestão de Serviços ) –  
Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Saúde mental. 3. Depressão. 4. Promoção da saúde – Ji-Paraná-RO. I. Feitosa, Fabio Biasotto. II. Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR III. Título

CDD 613

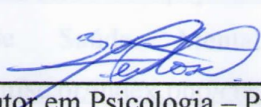
FOLHA DE APROVAÇÃO

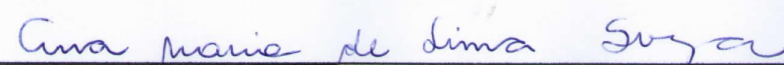
**Daniela Cristina Gonçalves Aidar**


**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO AOS INDIVÍDUOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

Artigo apresentado ao Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, área de concentração Gestão em Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Fabio Biasotto Feitosa.

Aprovado em: 02/04/14

  
Fabio Biasotto Feitosa - Doutor em Psicologia – Professor da Fundação Universidade Federal de Rondônia

  
Ana Maria de Lima Souza - Doutora – Professora da Universidade Federal de Rondônia

  
Fátima Queiroga – Doutora – Professora da Fundação Universidade Federal de Rondônia.

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de um artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. Este artigo é produto de estudo dos dados coletados junto aos agentes comunitários de saúde no município de Ji-Paraná – Rondônia. Após análise e discussão dos dados coletados foram selecionados os pontos de maior relevância para responder aos objetivos que foram (1) identificar as percepções dos ACS quanto ao conceito de saúde mental, sofrimento psíquico e depressão; (2) caracterizar as ações dos ACS na identificação, acolhimento e acompanhamento dos indivíduos em situações que sugeriam um quadro de depressão. Cinquenta ACS do município de Ji-Paraná (Rondônia, Brasil) foram entrevistados por meio de um levantamento com questionários e grupos de discussões. A maioria (72%) dos agentes tinha entre 30 e 49 anos, eram do sexo feminino (82%) e residiam na comunidade local de trabalho (92%). As percepções dos ACS entrevistados sobre transtorno mental, sofrimento psíquico e depressão revelaram estar pautadas no senso comum. As ações individuais e coletivas em saúde mental eram por eles realizadas sem fundamentação técnica e baseadas na intuição pessoal. A necessidade dos ACS receberem treinamento específico em saúde mental foi apontada e discutida. Após conclusão e revisão do texto o artigo foi submetido à Revista Cadernos Brasileiros de Saúde mental , seguindo as normas padronizada da revista pelo site, <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/index> com protocolo de submissão Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Data 28/02/2014. ID 2743. <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/author/submission/2743>.

O agente comunitário de saúde: percepções e ações de saúde mental na atenção aos indivíduos em sofrimento psíquico.

*Communitarian health agent: perceptions and actions of mental health in attention to the individuals with psychic suffering.*

**AIDAR, Daniela Cristina Gonçalves Aidar. Enfermeira. Aluna Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde – UNIR, Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: [daniaidar@yahoo.com.br](mailto:daniaidar@yahoo.com.br)**

**FEITOSA, Fabio Biasotto. Psicólogo. Docente do Departamento de Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: [fabiofeitosa@gmail.com](mailto:fabiofeitosa@gmail.com)**

# **O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES E AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO AOS INDIVÍDUOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

*Communitarian health agent: perceptions and actions of mental health in attention to the individuals with psychic suffering.*

Daniela Cristina Gonçalves AIDAR  
Enfermeira

Mestranda – Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Rondônia - UNIR  
daniaidar@yahoo.com.br

Fabio Biasotto FEITOSA

Psicólogo Doutor em Relações Interpessoais  
Docente do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Rondônia  
fabiobfeitos@gmail.com

## **RESUMO**

Os agentes comunitários de saúde (ACS) podem atuar ligando a atenção básica aos serviços de saúde mental de uma comunidade. Casos de transtornos mentais em geral e, de depressão em particular, poderiam ser por eles identificados e devidamente encaminhados. Assim sendo, o presente estudo teve como objetivos (1) identificar as percepções dos ACS quanto ao conceito de saúde mental, sofrimento psíquico e depressão; (2) caracterizar as ações dos ACS na identificação, acolhimento e acompanhamento dos indivíduos em situações que sugeriam um quadro de depressão. Cinquenta ACS do município de Ji-Paraná (Rondônia, Brasil) foram entrevistados por meio de um levantamento com questionários e grupos de discussões. A maioria (72%) dos agentes tinha entre 30 e 49 anos, era do sexo feminino (82%) e residia na comunidade local de trabalho (92%). As percepções dos ACS entrevistados sobre transtorno mental, sofrimento psíquico e depressão revelaram estar pautadas no senso comum. As ações individuais e coletivas em saúde mental eram por eles realizadas sem fundamentação técnica e baseadas na intuição pessoal. A necessidade dos ACS receberem treinamento específico em saúde mental foi apontada e discutida.

**UNITERMOS:** Agente Comunitário de Saúde. Saúde mental. Depressão.

## **ABSTRACT**

Communitarian health workers (CHW) can act linking the primary health care with the mental health care. They can identify cases of mental disorders in general and depression in particular for sending to mental health care. Then, the present study aimed to (1) identify CHW's perceptions related to concepts of mental health, psychic suffering, and depression (2) assess CHW's actions to identify, receive, and manage cases of signs of depression in the community. 50 CHW's from Ji-Paraná city (Rondônia, Brazil) were

interviewed with questionnaires and group of discussion. The majority (72%) of CHW was between 30 and 49-years-old, was female (82%), and was living in the community of work (92%). CHW's perceptions about mental disorders, psychic suffering, and depression revealed to be based on common sense. Individual and collective actions in mental health were by them made with no technical basis and only by personal intuition. It was pointing out and discussed that CHW must receive training in mental health.

**KEY WORDS: Communitarian Health Workers. Mental health. Depression.**

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil gerou mudanças na oferta de assistência em saúde mental proporcionando a discussão sobre novas formas de cuidar e inserir socialmente. Surgem então novos atores dispostos a discutir demandas que envolvem ética, inclusão, participação social, representatividade e igualdade, colocando as instituições psiquiátricas em questão (Amarante, 2007). Os novos modelos de atenção visam não mais excluir ou segregar os indivíduos em sofrimento psíquico, modificando políticas públicas e práticas cotidianas, além de constituírem uma crítica e alternativa ao modelo hospitalocêntrico (Nascimento, 2004).

A estratégia do Ministério da Saúde para a mudança do modelo seguido até então foi a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, segundo a portaria 336, constituem originalmente um: “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território [...] sendo o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2002). Com a estratégia da saúde da família, houve ainda o surgimento de uma nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde, tendo agora os agentes comunitários de saúde acesso ao cotidiano de famílias, incluindo aquelas que têm entre seus membros indivíduos com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. A nova dinâmica exige desses agentes comunitários determinados conhecimentos na área da saúde mental.

Com o objetivo de desenvolver junto à comunidade a prevenção e a promoção da saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza a atenção primária à saúde, como alternativa a uma estratégia centrada unicamente na cura de doenças (Brasil, 2006). A ESF foi implantada no período de 1994 a 2005 e prevê que cada equipe deve ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde. As equipes têm sua atuação basicamente centrada nas unidades básicas de saúde e na residência dos membros da comunidade



atendida, sendo considerada assim a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (Garla e Furegato, 2011). A ESF segue, como modelo de atenção para saúde mental, diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, que, segundo Amarante (2003), objetiva não só tratar de forma adequada o indivíduo com transtorno mental, mas também, construir um novo espaço social onde as práticas psiquiátricas tradicionais possam ser questionadas e consequentemente transformadas (Wendhausen e Oliveira, 2014). A articulação entre as ações da ESF e do CAPS é nesse contexto viável e necessária, representando os agentes comunitários de saúde uma opção estratégica como parte da estruturação da referida reforma.

Pesquisas realizadas para avaliar os vários aspectos da implantação e do funcionamento da ESF mostraram diminuição da mortalidade infantil e uma redução significativa da taxa de internações por complicações em indivíduos maiores de 20 anos com problemas de saúde, relacionados à hipertensão e diabetes, nos municípios com cobertura da ESF (Ferrer, 2009). No entanto, pesquisas para avaliar o funcionamento e os problemas da ESF em saúde mental são quase inexistentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que os transtornos mentais são comuns na população em geral, porém pouco identificados, referidos ou tratados, e são subestimados por profissionais de saúde, principalmente quando há sintomas físicos associados (WHO, 1994). A facilidade de acesso das equipes de ESF à população pode favorecer a identificação de casos desses transtornos, assim como o encaminhamento dos pacientes para o devido tratamento pelo SUS.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi aprovada a capacitação em saúde mental das equipes da ESF, com objetivo de preparar os profissionais para o dia a dia na comunidade e principalmente para coordenar ações de saúde mental pautadas nas primícias da reforma psiquiátrica (Bousquat *et al.*, 2008). Não há ainda definido com exatidão um modelo ideal de como devem ocorrer às ações de saúde mental na atenção básica, pois tais ações somente poderão ser definidas de acordo com a avaliação específica de cada território e mesmo a formação das equipes de saúde mental também deve seguir essa mesma lógica. Comumente é o agente comunitário de saúde (ACS) que encaminha os casos de sofrimento psíquico para o conhecimento da equipe de saúde e, de forma geral, são procurados por famílias que pedem uma solução para o problema vivenciado, seja por meio de consulta, de internação ou encaminhamento ao serviço

especializado. A proximidade do ACS com a comunidade em parte auxilia na elaboração das ações e na aproximação dos integrantes da equipe de saúde (Brasil, 2010).

### **O Agente Comunitário de Saúde, Saúde Mental e Depressão.**

Implantado inicialmente no estado do Ceará, em uma situação de grandes problemas sociais, econômicos e principalmente de calamidade pública no ano de 1987, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi um grande avanço no que diz respeito às ações de saúde e à saúde da comunidade. Durante a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 no Brasil, os agentes foram incorporados às equipes. E dentre as suas atribuições estão: identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar área de risco; realizar visita domiciliar; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde (Brasil, 2009).

No que se refere às atribuições do agente em relação às ações de saúde mental, este deve ser o elo entre a comunidade e a equipe, uma vez que este é um conhecedor das condições de saúde da população. O trabalho em conjunto neste caso irá subsidiar a assistência específica aos indivíduos em sofrimento psíquico (Wendhausen e Saupe, 2003). Os ACS realizam o cadastro inicial das famílias e estão diariamente em contato com a comunidade, o que os possibilita conhecer as demandas que de maneira geral não chegariam de forma espontânea às equipes.

No estudo de Bandeira *et al.* (2011), para avaliar a prevalência de transtorno mental em usuários atendidos na atenção básica, observou-se que em diversas áreas com cobertura da ESF houve a ocorrência de indivíduos em sofrimento psíquico sem assistência e que, mesmo cadastrados pelas equipes, não foram identificados ou encaminhados ao serviço especializado em saúde mental. Sendo assim, torna-se de grande relevância o treinamento aos ACS na identificação de situações de adoecimento mental.

Entretanto, é oportuno destacar que a habilidade para identificar os portadores de transtornos mentais é autorreferida e, em alguns casos, origina dúvidas em relação a real capacidade para identificação, pois nem todos os ACS recebem o treinamento adequado (Harada e Soares, 2010). Por isso, identificar as ações e percepções desses agentes no âmbito da saúde mental sugere a possibilidade de compreender a realidade local e principalmente as dificuldades que os mesmos encontram para desempenhar a função de

realizar a conexão entre a comunidade e o serviço de saúde mental, especialmente para os casos de depressão.

Reconhecida como um problema de saúde pública, a depressão apresenta-se como um dos processos patológicos de maior frequência na atenção primária. No estudo de Fleck (2002), 2.201 usuários de serviços de saúde primários da cidade de Porto Alegre foram avaliados e se observou que 37,8% desses indivíduos apresentaram sinais de intensidade média para depressão. O referido transtorno pode afetar a população em geral, independente do sexo, raça ou idade, sendo altamente incapacitante, podendo interferir de forma determinante em vários aspectos da vida do indivíduo, seja no aspecto pessoal, profissional, social e econômico. Em 2020, estima-se que a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo (Silva *et al.*, 2003).

No Brasil, estima-se que entre 2 e 12% dos indivíduos apresentarão depressão no seu ciclo de vida (Dias *et al.*, 2012). Índices estes que se apresentam mais altos entre os pacientes dos serviços de atenção primária. A OMS, em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, mostrou uma prevalência de 29,5% para os transtornos depressivos em 15 centros de atenção primária à saúde. Os indivíduos com depressão são, em sua maioria, atendidos pelos serviços de atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento de especialistas em saúde mental (WHO, 2009).

Para o senso comum, qualquer alteração de cunho psicológico, qualquer perturbação psiquiátrica ou até mesmo uma mudança repentina de humor ou caráter designa-se depressão ou outro transtorno. Ribeiro, Poço e Pinto (2007) defendem que existem atualmente três diferentes usos do termo depressão: o leigo, que aparece sempre associado a um quadro de tristeza e/ou desânimo, porém não está fundamentalmente relacionado a um distúrbio; o psiquiátrico, como um sintoma do humor depressivo; e como definição de uma síndrome, baseada em um conjunto de diversos sintomas. Os mais suscetíveis a esta síndrome são aqueles indivíduos que experimentaram em seu cotidiano qualquer situação relacionada a perdas, conflitos, limitações emocionais ou físicas, problemas financeiros, familiares ou amorosos ou qualquer situação de estresse que fuja ao seu controle.

Tanto o diagnóstico quanto o tratamento para depressão no serviço de atenção primária são insuficientes, apesar das altas taxas de prevalência nos indivíduos. Observa-se que no atendimento clínico existe uma falha na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos e decorre tratamento para apenas um terço deles. Além disso, uma pior

evolução é observada principalmente nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado (Fortes *et al.*, 2008). No estudo de Botega e Silveira (2006), realizado com profissionais da equipe da ESF da cidade de Campinas (SP), observou-se que 42% dos 78 participantes se sentiam incapazes de diferenciar depressão de tristeza e 47% dos profissionais acreditavam que a depressão surge apenas após grandes tragédias e/ou adversidades na vida dos indivíduos acometidos.

Por outro lado, sabe-se que a depressão está frequentemente associada a alterações do ciclo da vida (Lafer *et al.*, 2000) e a dificuldades em lidar com o estresse, incluindo eventos como a perda de emprego, a morte de um ente querido, as pressões vivenciadas cotidianamente, além dos acidentes (Silva *et al.*, 2003).

Ao avaliar os sintomas da depressão, deve-se levar em consideração que estes são muito variados e diferentes para cada indivíduo. É válido levar em consideração a presença de três sintomas depressivos básicos e suficientes para a determinação do diagnóstico, sendo eles: a inibição psíquica, o estreitamento do campo vivencial (interesses) e sofrimento moral. Portanto, é de responsabilidade do profissional fazer a relação entre um sentimento, um comportamento, um pensamento ou um determinado sintoma como sendo a apresentação pessoal e individual de um desses três sintomas básicos, dependendo da personalidade de cada um (Peluso e Blay, 2004).

Seja qual for o sintoma, a depressão está sempre acompanhada por sofrimento e problemas no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Ao descrever o estado depressivo é comum observarmos o sentimento de tristeza, desesperança, falta de coragem, o que se apresenta como uma regra, porém há pacientes que manifestam a depressão com sintomas exclusivamente ansiosos (Valentini *et al.*, 2004).

Para Santos *et al.* (2013), a educação dos trabalhadores em saúde é um fator determinante para a evolução do cuidado para com os indivíduos em sofrimento psíquico, sendo a modalidade de atendimento na comunidade a mais promissora para a implantação eficaz das ações de saúde mental, pois ao estar inseridos no cotidiano das pessoas poderão observar de perto o local onde estas pessoas vivem, organizam e se expressam. Dados como esses revelam a importância de investigar as ações em saúde mental dos ACS, bem como a sua percepção de sofrimento psíquico, transtornos mentais e depressivos, considerando que são termos muito básicos e representativos da área da saúde mental. Uma investigação exploratória dessa natureza evidenciaria mitos e

compreensões inadequadas que dificultam a referência desses casos aos serviços de saúde mental e apontariam possíveis demandas para o planejamento de cursos de capacitação para a atuação dos ACS em saúde mental. Assim sendo, o presente estudo teve como objetivos (1) identificar as percepções dos agentes comunitários de saúde quanto ao conceito de saúde mental, sofrimento psíquico e depressão; (2) caracterizar as ações dos agentes na identificação, acolhimento e acompanhamento dos indivíduos em situações que sugeriam um quadro de depressão.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

### **Método**

O presente estudo seguiu as diretrizes gerais da pesquisa qualitativa. Para Deslandes (2002), a pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de práticas interpretativas, como a busca de generalidades e diferenças nas respostas e condutas dos sujeitos, com o objetivo de contrastar e organizar elementos. Dessa forma, este estudo, de caráter exploratório, buscou perceber junto aos sujeitos as situações reais e cotidianas de seu trabalho, por meio de levantamento de dados via questionários, entrevistas e realização de grupo de discussão.

### **Participantes**

O trabalho de campo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Ji-Paraná (Rondônia, Brasil) que possuíam equipes de ESF, localizadas na zona urbana e nos distritos. As UBS desse município funcionavam como centros de saúde realizando atendimentos em saúde da mulher, geriatria, ortopedia, pediatria e urologia. Abrigavam os Programas de Saúde da Família (PSF) e o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Rede Básica de Saúde de Ji-Paraná era composta, em 2013, por doze UBS, um Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), dezesseis equipes de ESF (atuantes e completas) e mais seis equipes do PACS. A Rede de Saúde Mental era composta por um CAPS. As UBS contavam com uma ou duas equipes de ESF ou uma equipe de PSF e uma de PACS. Partindo do princípio de que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade das múltiplas dimensões de uma realidade a se estudar, entendemos que o grupo de maior relevância para o estudo é o corpo de integrantes da equipe de ACS das equipes do PSF. Para a composição da amostra, nas UBS onde havia mais de uma equipe de ESF, foi realizado um sorteio entre as equipes.

A amostra foi composta por 50 ACS pela somatória das equipes sorteadas. Foram incluídos os ACS atuantes nas equipes sorteadas de ESF das UBS do município de Ji-Paraná que trabalhavam na estratégia há mais de um ano. E foram excluídos os agentes que no período de coleta de dados se encontravam em licença maternidade, médica ou férias. Foram ainda excluídas do estudo todas as equipes do PACS por existir apenas uma equipe no município e no período da pesquisa estar em processo de extinção. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho a setembro de 2013.

### **Instrumentos e procedimento**

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012, que trata das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil, 2012). Somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia - UNIR os dados foram coletados. Os indivíduos envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em contribuir com a mesma. Para coleta de dados, foi utilizado em uma primeira etapa um questionário contendo 09 questões fechadas para traçar o perfil socioeducacional dos agentes comunitários a partir de itens como: idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de serviço, realização do curso introdutório de ACS e capacitação em saúde mental. O questionário contou ainda com uma questão aberta que objetivou identificar os conhecimentos dos agentes sobre os conceitos de: saúde mental, sofrimento psíquico e depressão. (Apêndice I).

Na segunda etapa deste estudo, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas gravadas em áudio com os agentes comunitários de saúde, com 10 questões norteadoras para identificação das percepções dos agentes quanto às ações de saúde mental desenvolvidas individualmente e em grupo (Apêndice II). Contudo, durante as entrevistas, surgiu um impasse quanto ao questionamento sobre as ações realizadas de forma individual ou em grupo por parte dos agentes, pois os mesmos não compreenderam o conceito de “ação de saúde mental”. Desta forma, constituindo uma terceira etapa, este tópico foi melhor debatido em grupos de discussão, na presença da pesquisadora enquanto mediadora, gravando-se as falas dos participantes dos grupos

para posterior análise em eixos temáticos. Cada grupo contou com uma média de cinco participantes.

A dinâmica dos trabalhos em grupos se deu a partir de reuniões com duração média de uma hora com cada equipe de agentes previamente selecionados e que haviam participado do processo de preenchimento do questionário e entrevista. Os encontros aconteceram no espaço destinado a capacitações e palestras em cada unidade básica de saúde no horário do expediente com conhecimento e aprovação do diretor da unidade e da enfermeira da equipe. Inicialmente, os agentes se apresentaram e, um a um, foram introduzidos os temas pré-selecionados pela pesquisadora para as discussões iniciais (saúde mental, depressão e transtorno mental). Posteriormente, as discussões se desdobravam para os temas de ações de saúde mental e relacionamento com os indivíduos em sofrimento psíquico.

### **Forma de análise dos dados**

De acordo com análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), os dados foram organizados e avaliados considerando-se três etapas básicas, sendo elas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Assim, após a realização de todas as entrevistas, as mesmas foram numeradas e transcritas, realizando a leitura minuciosa do princípio ao fim, para compreender-se o todo, definindo-se significados por meio do processo de reflexão. Para identificação das falas dos agentes comunitários de saúde, as respostas foram classificadas como A1 a A50. Enquanto que durante a realização dos grupos de discussão foram classificados como G1 a G10 de acordo com a ordem de acontecimento dos encontros. O próximo passo foi o agrupamento dos dados em temas em comum, conforme a semelhança de conteúdo e sua apresentação em quadros.

## **RESULTADOS**

Descreve-se primeiramente a caracterização dos agentes comunitários incluídos no estudo e, em seguida, os demais dados referentes à pesquisa.

O material advindo das respostas às perguntas abertas dos questionários foi agrupado de acordo com cada conceito abordado: saúde mental, sofrimento psíquico e depressão, para definição de padrões de respostas passíveis de serem comparadas com o conceito padrão presente na literatura pertinente. A análise de ideias se desenvolveu para busca da compreensão do conhecimento dos agentes na realização dos questionários aplicados.

## Identificação dos Agentes Comunitários de Saúde

Responderam ao questionário cinquenta agentes comunitários de saúde, sendo que 41 eram do sexo feminino, a faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos, 72% eram casados e 70% afirmaram ter concluído o ensino médio. Os agentes apresentavam tempo de trabalho na equipe de ESF de, no mínimo, seis anos e máximo de 25 anos. Quarenta e seis agentes afirmaram serem moradores da mesma área onde atuam, assim como determina a ESF, sendo que 43% já residiam no local há mais de dez anos e 17% moravam no local há menos de dez anos. Dois agentes comunitários estavam de férias no momento da coleta e um se recusou a participar alegando motivos pessoais. Apenas três agentes afirmaram não ter participado ainda do curso introdutório para ACS e apenas os agentes de uma das equipes afirmaram já ter recebido orientações sobre saúde mental realizadas de maneira informal por uma enfermeira. Os dados estão apresentados com mais detalhes na Tabela 1.

TABELA 1 - Perfil socioeducacional dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Ji-Paraná – RO.

<b>Idade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
20 – 29	04	8
30 – 39	19	38
40 -49	17	34
50 – 59	09	18
60 ou mais	01	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	09	18
Feminino	41	82
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Solteiro	08	16
Casado	36	72
Divorciado	04	8
Separado	01	2
Viúvo	01	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental Incompleto	03	6
Ensino Médio Completo	35	70
Ensino Superior Incompleto	09	18



Ensino Superior Completo	03	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Reside na comunidade onde trabalha</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	46	92
Não	04	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Participou do curso de Formação Inicial de ACS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	47	44
Não	03	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Curso na área de saúde mental</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	09	18
Não	41	32
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de residência na área onde trabalha</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
06 a 10 anos	08	17
11 a 20 anos	20	43
21 a 30 anos	13	28
31 a 40 anos	05	12
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de serviço em anos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
06 a 10 anos	16	32
11 a 20 anos	33	66
21 a 30 anos	01	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### **Conceitos relacionados à saúde mental, sofrimento psíquico e depressão na percepção dos ACS.**

A identificação dos conceitos relacionados à saúde mental, sofrimento psíquico e depressão dos ACS partiu do princípio de isolamento de ideias que se apresentaram com maior frequência em suas respostas.

A OMS define, em seu relatório mundial de saúde de 2008, que saúde mental envolve o “bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (WHO, 2009). Considerando o conceito padrão de saúde mental da OMS, as análises de conteúdo revelaram unanimidade na falta de conhecimento técnico dos ACS na definição de saúde mental, uma vez que suas respostas se basearam em

conhecimentos de senso comum ou em definições vagas e inespecíficas. Conforme detalhado no Quadro 1, a ideia de saúde mental como “um bem-estar físico e psíquico” foi citada por 30 agentes comunitários na definição do conceito e a outra ideia mais frequente foi a de que se trata de “possuir condições físicas, sociais e psicológicas de viver”, citada em 20 questionários. Nota-se que dezenove dos cinquenta ACS não responderam o que é saúde mental, afirmando não saber ou deixando o campo de resposta em branco.

QUADRO 1 – Principais conceitos de saúde mental citados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O que é saúde mental	Frequência de ideias
Bem-estar físico e psíquico	30
Ter condições físicas, sociais e psicológicas de viver	20
Desequilíbrio mental, físico e espiritual	16
Ter moradia, lazer e emprego	08
Problema na mente	05
Essencial para o funcionamento do organismo	03
Conjunto de doenças	04
Bem-estar espiritual	03
Viver em comunidade	03
Mudança de comportamento	03
Preocupações	03
Equilíbrio	03
Apresenta distúrbios	03
Dificuldade de raciocínio	01
Pessoa nervosa	01
Doença silenciosa	01
Não respondeu	10
Não sabe	09

Na definição de Dantas (2008), o sofrimento psíquico se organiza a partir de fenômenos provenientes de circunstâncias de exclusão social, associando-se a diversos eventos de vida e a vulnerabilidades psíquicas em situações de insegurança, perda de recursos e vínculos sociais. Quanto ao conceito de sofrimento psíquico, o Quadro 2 mostra que os padrões de respostas evidenciaram ideias relacionadas a problemas variados, sem um foco específico que possibilitasse uma definição mais abrangente. Nota-se que oito agentes não responderam a este item.

QUADRO 2 – Principais conceitos de sofrimento psíquico citados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

<b>Conceito de Sofrimento Psíquico</b>	<b>Frequência de ideias</b>
Distúrbios sociais e familiares	04
Pessoas que fazem tratamento	04
Problema de concentração	03
Doença	03
Comportamento fora dos padrões normais	03
Esgotamento físico e mental (preocupação)	03
Pessoa fechada, isolada	02
Pessoas que não procuram ajuda que não faz tratamento	02
Pessoa tem que estar internada	01
Não tomam remédio	01
Pessoa que nasce com deficiência	01
Pessoas ofensivas	01
Pessoas que não conseguem resolver problemas	01
Não respondeu	08

A depressão é um transtorno do humor caracterizado por uma experiência subjetiva de grande sofrimento, acompanhada de perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite, modificações no sono e na atividade sexual e pensamentos de morte ou suicídio. Essas alterações quase sempre levam a comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional (Sadock & Sadock, 2007). Quanto ao conceito de depressão, as afirmativas mais frequentes dos ACS foi a de que a depressão seria um quadro de tristeza, citado por 42 agentes. A noção de desânimo (35), a noção de desmotivação (24) e o ato de chorar (13) foram citados na tentativa de conceituar o que é depressão. Os termos utilizados pelos ACS revelaram a incapacidade de definir a depressão a partir de conhecimentos técnicos específicos, subsumindo o referido transtorno a um ou outro de seus sinais e sintomas. Nota-se que treze dos cinquenta ACS deixaram de conceituar a depressão, deixando o campo de resposta em branco ou afirmando não saber, conforme demonstrado no Quadro 3.

QUADRO 3 – Principais conceitos de depressão citados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Depressão	Frequência de ideias nos questionários
Tristeza	42
Viver isoladamente	35
Desmotivação	24
Desanimo	13
Distúrbios sociais e familiares	10
Chorar	10
Não suporta dificuldades	10
Dependência química	10
Não dormir	10
Alteração comportamental	07
Não se alimentar	07
Descontrole emocional	07
Não mantém a vida normal	05
Precisa de ajuda profissional	05
Problemas do dia-dia	05
Perde a autoestima	05
Tem vontade de morrer	03
Doença da vida moderna	03
Doença da alma	03
Agressividade	03
Doença silenciosa	03
Não respondeu	05
Não sabe	08

### Apreciação geral

A percepção de saúde mental dos ACS entrevistados apareceu estruturada em conhecimentos de senso comum ou em definições vagas e inespecíficas, derivadas do conceito de saúde global. Muito embora a saúde geral deva ser vista de maneira multifatorial, a saúde mental não se confunde com a saúde global, embora relacionada a ela. A percepção de sofrimento psíquico, por sua vez, esteve relacionada a condições sociais, médicas e psicológicas variadas, sem possibilitar uma definição operacional. O mesmo foi observado na percepção sobre a depressão, pois os termos utilizados pelos ACS revelaram uma confusão entre o referido transtorno e os seus sinais e sintomas indicativos.

## Ações individuais e coletivas em saúde mental

Em diversos trechos das entrevistas individuais, na segunda etapa do presente estudo, e nos grupos de discussões, na terceira etapa, ficaram claras as dificuldades dos ACS em descrever as suas ações em saúde mental e em abordar os indivíduos com transtorno mental em sua área de abrangência, conforme ilustrado pelo Quadro 4. Além disso, são também apresentadas falas dos ACS que revelam a noção de senso comum dos conceitos básicos, como os de saúde mental, sofrimento psíquico e depressão.

QUADRO 4 – Falas ilustrativas dos ACS a respeito de suas percepções nas ações em saúde mental, relacionamento com usuários e conceitos básicos em saúde mental.

<b>Dificuldade dos ACS em descrever as suas ações em saúde mental</b>
G02: “E como se faz se não tem ajuda pra isso, apoio mesmo sabe... eu não recebi treinamento pra lidar com gente assim... faço como acho que tem que ser, procuro não ser preconceituoso [...]”
A06: “Nunca me pediram ajuda não... mas se um dia pedir eu nem sei o que fazer passo logo pra minha enfermeira que sabe como que resolve estas coisas.”
A22: “Aí sei lá... eu vou lá e converso... apoio, digo que pode contar comigo, sei lá faço o papel de amiga né... tá certo assim né enfermeira?”
A43: “Ações de saúde mental? Deixa-me pensar... Sei lá... tipo o que ir lá a casa orientar? Eu faço isso, mas sabe que só dá pra ajudar quando o pessoa quer né, não adianta ir lá e fazer um monte coisa se a pessoa não quer se ajudar. Tem que partir da pessoa.”
<b>Dificuldade na abordagem aos indivíduos com transtorno mental</b>
G07: “Eu já ligo logo pra polícia porque quando chega lá no DP eles logo se acalmam, chora, finge até que não sabe o que aconteceu [...] daí depois fica com aquela cara de coitadinho como se nada tivesse acontecido, como se não fosse culpado, lá na minha área uma vez um desses metidos a nervoso apanhou feio, quando tentou agredir a mãe idosa.”
G10: “[...] mas eu já fico esperto, quando a família fala ou mesmo eu percebo que tem paciente do CAPS na casa eu num entro lá dentro não, no máximo vou até o portão.”
<b>Dúvidas quanto aos conceitos de saúde mental, sofrimento psíquico e depressão</b>
A34: “Ué, eu identifico vendo se a pessoa tem aquele jeito assim meio estranho sabe... igual doido mesmo, pergunto logo se toma remédio e se tá indo no medico.”
A50: “Eu chego a casa e vejo se a pessoa é assim meio desligada, sabe, meio anormal, daí eu pergunto se ele tem deficiência mental e se querem que eu peça pra enfermeira encaminhar para o CAPS.”
A26: “Acho que um pouco é até falta de fé em Deus né enfermeira! Porque a pessoa perde a vontade de fazer tudo, fica cabisbaixa e triste, perde a vontade de viver. Nestas horas temos que nos apegar com Deus e pedir a ajuda pra ele porque só o médico não adianta não.”
A31: “Assim, acho que depressão é quando a pessoa deixa os problemas ser maior que as coisas boas. Daí ele fica sem vontade de fazer nada, cansada, só quer dormir e não come, vai definhando mesmo.”

Alguns poucos ACS entendiam sua atuação nas ações de saúde mental na identificação de situações em que suspeitavam de sofrimento mental, especialmente em situações que percebiam que o indivíduo estava sem controle de suas reações:

A33: “Ela reclamava muito que não dormia, às vezes quando conseguia acordava de madrugada só pra chorar, ela se trancou no mundo dela, nunca queria conversar. Eu logo achei que era depressão.”

A39: “Uma vez eu li que quem tinha depressão tentava se matar, aí estou sempre atenta né. [...] ela tava assim deprimida, chorava por tudo, só queria ficar sozinha no quarto... daí um dia na visita me disse que ia se matar... chamei logo a enfermeira, antes de acontecer uma desgraça né.”

Nestas situações, iniciavam uma aproximação com as famílias a fim de obterem mais informações sobre a história do paciente e do processo de adoecimento da pessoa e até da própria família, tentando encaminhá-lo ao serviço especializado:

A23: “Aqui a gente tem um roteiro de perguntas que a enfermeira fez pra gente, não é só pra saúde mental é pra tudo, mas da pra saber. [...] eu vou conversando me aproximando da família, da pessoa e ficando mais conhecida sabe daí vou colocando o assunto bem devagar pra não assustar, entendeu?”

A47: “[...] já vou logo perguntando se a pessoa está em tratamento se tem medicação, quando vai acabar, se está indo no CAPS e tal. Daí depois eu peço pra me contarem a história e levo na reunião pra minha enfermeira ver o que acha.”

### **Apreciação geral**

Observou-se pelo discurso dos ACS que, conforme ilustrado por essas falas, a maioria visivelmente não estava capacitada ao exercício de ações em saúde mental. Em 20 entrevistas foi citado que quando há algum caso na área que sugira qualquer tipo de transtorno mental os ACS usam como estratégia a intuição para abordar a família e/ou o indivíduo. Nos grupos de discussão, nenhum dos ACSs entrevistados referiu qualquer transtorno mental espontaneamente ao citar os principais problemas de saúde em sua área de atuação, mencionando apenas a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes como problemas mais comuns.

No entanto, ao serem questionados se já haviam identificado alguma situação de sofrimento psíquico, todos afirmaram que sim e que se sentiam amedrontados com o usuário principalmente por não saber como abordá-los ou por ter medo de atitudes violentas por parte dos mesmos. Os 50 agentes demonstraram identificar os usuários em sofrimento psíquico ou transtorno mental associando-os a situações de violência ou agressividade, tristeza profunda e atos que não se enquadram aos tidos em sua percepção como normais. A depressão foi o único transtorno citado por todos os ACS como presente em suas áreas de abrangência, o que se justificaria pela alta prevalência

do agravo na população em geral, sendo, dessa forma, estatisticamente mais provável que tenham mais contato com indivíduos em situação de depressão durante a realização do seu trabalho. Unanimemente os agentes afirmaram não realizar nenhum tipo de planejamento de ações voltadas para saúde mental junto à equipe. Apesar desse dado, dois entrevistados afirmaram ter em sua área um grupo de gestantes e outro de idosos e que, em algumas reuniões, já discutiram temas como depressão pós-parto e depressão em idosos.

Constatou-se que os ACS não receberam nenhum curso voltado para ações específicas em saúde mental e nem mesmo o curso de formação inicial para ACS ofereceu o conhecimento necessário para lidar com esse tipo de serviço. Alguns aprendiam apenas em conversas informais com a enfermeira de uma das equipes avaliadas. Apesar disso tudo, a partir da análise das falas dos ACS, observou-se que mesmo sem o treinamento adequado, os mesmos identificavam algumas situações que sugeriam depressão, pois detalharam alguns dos sintomas baseados em suas experiências pessoais. O pouco ou nenhum conhecimento sobre os transtornos mentais em geral, e sobre a depressão, em particular, perpetuava o medo em relação aos pacientes tidos como “loucos” e afastava alguns agentes desses casos.

## **DISCUSSÃO**

A análise das características da população estudada identificou a predominância do sexo feminino, que pode ser explicada pela inserção das mulheres nos mais variados setores de trabalho. Os agentes em sua maioria possuíam o ensino médio completo, o que, segundo Brasil (2004), é fundamental para facilitar os treinamentos e capacitação na atuação como ACS. Observou-se, porém, que três agentes já possuíam o ensino superior e nove estavam em fase de conclusão. O impacto da elevação de nível educacional desses ACS na qualidade do serviço profissional prestado é um tema a ser investigado em futuras pesquisas.

Os agentes afirmaram em sua maioria morar na área onde atuam o que, segundo Braga (2011), favorece a criação de laços afetivos entre a equipe de ESF e os indivíduos que serão acompanhados. A proximidade dos ACS com a comunidade em parte auxilia na elaboração das ações em saúde mental. Contudo, no presente estudo, a proximidade dos ACS com a comunidade não resultou em um serviço de melhor qualidade devido à falta de conhecimento e treinamento na área da saúde mental.

Os ACS demonstraram perceber o indivíduo com transtorno mental como usuário dos serviços de saúde, mas, apesar dessa consciência, a postura dos mesmos frente aos temas discutidos evidenciou que têm dificuldades em: conceber de forma técnica e sistematizada as suas ações em saúde mental em sua área de abrangência; abordar com segurança e objetivos pré-estabelecidos os indivíduos com transtorno mental; definir os conceitos de saúde mental, sofrimento psíquico e depressão para além de ideias de senso comum. Os ACS se mostraram preocupados em responder corretamente às questões nas entrevistas, procurando frequentemente confirmar com a pesquisadora se as atitudes descritas estavam corretas ou adequadas para a situação referida. O dado revela que percebiam as suas limitações e demonstraram motivação para aprender com alguém mais experiente.

Para os ACS entrevistados, a identificação de indivíduos com transtorno mental ocorre por meio da fuga de padrões considerados normais e de problemas que causem dificuldades na vida cotidiana. Muito embora essa noção de saúde mental não esteja totalmente incorreta, no contexto das respostas e discussões dos ACS, revelaram um conhecimento de senso comum pouco eficaz para a correta identificação de casos de transtorno mental e o devido encaminhamento para os serviços de saúde mental. O dado é coerente com o estudo de Botega e Silveira (2006), em Campinas (SP), e com o estudo de Barros (2009), em Sobral (CE), na avaliação dos saberes e práticas dos ACS da ESF. Encontraram que o conhecimento dos ACS no que diz respeito à saúde mental estava muito ligado a estereótipos e suas ações àquilo que era imaginado pelo próprio agente como sendo adequado.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi aprovada a capacitação em saúde mental das equipes da ESF, com objetivo de preparar os profissionais para o dia a dia na comunidade e principalmente para coordenar ações de saúde mental pautadas nas primícias da reforma psiquiátrica (Bousquat *et al.*, 2008). No entanto, a capacitação em saúde mental dos ACS na localidade estudada ainda é uma realidade a ser concretizada. A articulação entre as ações da ESF e do CAPS é possível e necessária, mas exige a oferta de treinamento específico aos ACS.

O atendimento de casos de depressão por especialistas em saúde mental requer que o referido transtorno seja primeiramente, e corretamente, identificado pela atenção primária, incluindo a atuação dos ACS, mas os dados do presente estudo revelam um



grande distanciamento entre essa teoria e a prática. Considerando que uma pior evolução é observada principalmente nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado (Fortes *et al.*, 2008), e que é estimado que em 2020 a depressão seja a segunda causa de incapacidade no mundo (Silva *et al.*, 2003), é urgente a capacitação para o serviço em saúde mental dos ACS estudados. Protocolos de identificação e encaminhamento de casos na comunidade com suspeita de transtornos mentais e, em especial, de depressão, deveriam ser construídos por especialistas em saúde mental, seguindo diretrizes internacionais para treinamento e uso dos ACS. Os ACS devem estar preparados para abordarem tais casos, uma vez que os pacientes se sentem menos intimidados por ele e, pelo fato de já se conhecerem, a aceitação do tratamento pode ser maior, facilitando assim o processo de acolhimento (Fugerato *et al.*, 2003).

Segundo a Portaria 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, que define as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 1997), é função do PSF identificar fatores de risco e sinais de alerta de determinadas doenças assim como encaminhar, orientar e acompanhar usuários. A qualificação das equipes é fundamental para que as ações de saúde mental sejam implantadas e desenvolvidas na atenção básica. Equipes qualificadas potencializam a rede contribuindo assim para a ampliação da clínica e do cuidado em saúde mental.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para Lancetti (2006, p. 93), o agente comunitário pode e deve a partir do seu trabalho cotidiano produzir saúde e saúde mental, já que estão inseridos na comunidade e também na equipe de saúde. Dessa forma, suas ações têm o poder potencializador e revolucionário, pois “*se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas*”. A criação de um projeto de trabalho para os agentes comunitários irá sustentar suas ações e deve ser construído com a participação de toda a equipe, levando em consideração a multidisciplinaridade e especificidades dos sujeitos com vistas nos conceitos da reforma psiquiátrica e no cuidado inclusivo e libertador. Não é pretensão aqui conferir ao agente comunitário de saúde atribuições que não o compete, e nem mesmo sugerir que o agente deverá diagnosticar a ocorrência de depressão em sua área de abrangência, mas sim que o mesmo seja capacitado para que consiga treinar seu olhar para identificar mudanças significativas no comportamento daqueles que acompanha tão proximamente e, assim, se necessário, realizar os encaminhamentos

necessários junto aos profissionais da ESF, enfermeiro e médico, para que seja realizada uma avaliação e tomadas às devidas providências.

Conforme Schneider (2009, p.81), é a ESF a principal articuladora das ações de saúde mental na atenção básica, pois suas diretrizes atuam na direção contrária ao do modelo hospitalocêntrico, indo ao encontro do cuidado centrado na família e não só no indivíduo doente. É a equipe que deve trabalhar na comunidade conceitos como os de vigilância em saúde voltada para o risco, realizar atividades que abranjam a prevenção e promoção da saúde mental e discutir os determinantes sociais do adoecimento psíquico presentes naquela comunidade, além da cidadania e dos mecanismos de empoderamento. Segundo Freire (1992), “a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer.”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucura, cultura e subjetividade:** conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 2007.

AMARANTE, Paulo. **Clínica e a reforma psiquiátrica.** In: Amarante P, organizadora. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: 2003. p. 45-65.

BANDEIRA, Marina et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família.** Jornal Brasileira Psiquiatria. 2011;60(3):221-6.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, Otavio Martins; SILVA, Andrea Luísa Alves. **Práticas Inovadoras para o cuidado em saúde.** Revista de Escola Enfermagem. 2009; 41(N. Esp): 815-819.

BRAGA, Veridiana Alves; SOUZA, Amélia Meireles; FRAGA Maria Nunes. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir.** Acta Paulista Enfermagem. 2011; 19(2):207-11.

BOTEGA, Neury José; SILVEIRA, Guilherme Martins. General practitioners attitudes towards depression: **a study in primary care setting in Brazil.** Int J Soc Psychiatry 2006;42:230-7.

BOUSQUAT, Aylene; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto; ELIAS, Paulo Eduardo. **Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica.** Rev. Saúde Pública, Out 2008, vol.42, no.5, p.

COUTINHO, Evandro da Silva Freire; ALMEIDA, Filho, Naomar; MARI, Jair de Jesus. **Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor:** resultados de um estudo

transversal em três áreas urbanas no Brasil. Rev. Psiquiátrica Clínica [Periódico Na Internet]. 2009.

DANTAS, Antunes Marília. **O sofrimento psíquico e as tensões da autonomia na sociedade de indivíduos.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2008.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde:** o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.

DIAS, Fernando Machado Vilhena; VERONA, Ana Paula de Andrade; GONTIJO, Bárbara Avelar; ESTANISLAU, Bárbara Roberto; DIAS, Cláudio Santiago Júnior. **Perfil dos indivíduos diagnosticados com depressão maior no Estado de Minas Gerais, Brasil.** *Revista Brasileira Estudos Populares*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 497-502, jul./dez. 2012.

FERRER, Ana Luiza; ONOCKO, Rosana Campos. O trabalho nos centros de atenção psicossocial de Campinas/SP: Um estudo hermenêutico - narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. **Cad. Bras. de Saúde Mental.** Florianópolis, v. 1 , n. 2, p. 1-14, 2009.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde.** Rev. Saúde Pública, 36 (4): 431-8, 2002.

FORTES, Sandra; VILLANO, Luiz Augusto Brites; LOPES, Claudia. **Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro.** Rev. Bras Psiquiatr. 2008;30(1):32-7.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança:** um encontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1992.

GARLA, Caroline Clapis; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. **Profissionais de ambulatórios de saúde mental:** perfil, práticas e opiniões sobre as políticas Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 2, n.4-5, p.74 – 93. 2011

HARADA, Olívia Lina; SOARES, Marcos Hirata. **A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. Ribeirão Preto – São Paulo. V 06. N 02. 2010.

LA FER Bernardo; ALMEIDA Otavio Pereira; FRAGUAS Getúlio Junior; MIGUEL, Estevão Coutinho. **Depressão no ciclo da vida.** Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

LANCETTI, Antônio. **Síntese metodológica.** In: \_\_\_\_\_. (Org) *Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-120.

NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino; BRAGA Violante Augusta Batista. **Atenção em Saúde Mental**: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE. *Cogitare Enfermagem* 2004; 9(1):84-93.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF**. Portaria n. 1886/GM, 18 de dezembro de 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 08 Ago 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução 466** [Internet]. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

PELUSO, Érica de Toledo Piza; BLAY, Sérgio Luís. **Community perception of mental disorders**. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(12):955-61.

RIBEIRO Mário Sérgio; POÇO, José Luis Costa, Pinto Arlete Rodrigues. **A inserção da saúde mental na atenção básica**. *Revista APS*, v.8, n.1, p. 25-37, jan./jun. 2007.

SADOCK, Benjamin Jay; & SADOCK, Alcott Sadock. *Compêndio de psiquiatria* (9a ed., C.O. Dorneles, C. Monteiro, I.S. Ortiz & R.C. Cataldo, trad.). Porto Alegre: Artmed. 2007.

SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]**. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. **A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SILVA, Mariluci Camargo Ferreira; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira; COSTA, Moacyr Lobo Júnior. **Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde.** Rev. Latino americana de enfermagem. 2003 janeiro-fevereiro;11(1) 7-13

VALENTINI, Willians. **Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão.** Rev. Saúde Pública, Ago 2004, vol.38, no.4, p.523-528.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; SAUPE, Rosita. **Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enfermagem. 2003 Jan-Mar; 12(1): p.17-25.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; OLIVEIRA, Regina Gomes de Silvia. **(Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014.

WHO. **A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).** Division of Mental Health. World Organization, Geneva, 1994.

WHO. World Health Organization [Internet]. **The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.** 2009.

## **ANEXOS**

### **APÊNDICE I**

#### **CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**01 - Idade:**

**02 - Sexo:**

( ) Feminino      ( ) Masculino

**03 - Estado civil:**

( ) Solteiro    ( ) Casado    ( ) Divorciado    ( ) Separado    ( ) Viúvo

( ) União estável

**04 - Escolaridade:**

( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Superior Completo

**05 - Tempo de Serviço (Em Anos):** \_\_\_\_\_

**06 – Você reside na comunidade em que trabalha?**

( ) Sim      ( ) Não

**07 – Há quanto tempo reside na mesma área em que trabalha (em anos)?**

**08 - Você participou do Curso de Formação Inicial de ACS?**

( ) Sim      ( ) Não

**09 – Há quanto tempo você trabalha como agente comunitário de saúde?**

**10 – Com suas palavras defina o que é saúde mental, sofrimento psíquico e depressão.**

## **APÊNDICE II**

### **QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA**

- 01 – Quais os principais problemas de saúde que você encontra na sua área?
- 02 – Já identificou alguma situação de sofrimento psíquico? Como foi?
- 03 – As famílias que passam por alguma situação de sofrimento psíquico costumam solicitar ajuda? Como você encaminha esta solicitação?
- 04 – Como você identifica as situações de sofrimento psíquico em sua área?
- 05 – Em sua opinião, quais são as ações que você e o grupo realizam voltadas para a saúde mental.
- 06 – Destas ações, o que você acredita ser mais eficiente e que pontos você modificaria.
- 07 – Descreva como é a sua participação no trabalho do grupo nas ações voltadas para a saúde mental.
- 08 – Descreva em sua opinião as características de uma pessoa com sintomas de depressão.
- 09 – Para você, qual a melhor forma de abordar uma pessoa com sintomas de depressão?
- 10 – O que você enquanto agente comunitário de saúde pode fazer para auxiliar no tratamento dos indivíduos com depressão em tratamento em sua área?